

**Ergebnisse der externen QS:
Protokoll –
1. zur klinischen Auswertung und
2. zur Ergebnispräsentation in der Hauskonferenz“**
gemäß:
Dienstanweisung sowie entsprechend der
Fragen im pCC-Selbstbewertungsbericht und nach dem
gesetzlich verpflichtenden QB

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Die geburtshilfliche Behandlungsqualität für Mutter und Neugeborenes ist im Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara nachweislich außerordentlich hoch. Alle Qualitätsindikatoren sind wie in den zurückliegenden Jahren nicht nur vollumfänglich erfüllt, sondern liegen im Landes- und Bundesvergleich in den Spitzenpositionen. Auch die Behandlungsergebnisse die über die Qualitätsindikatoren hinausgehen, sind überdurchschnittlich gut. Die hohe und weiterhin steigende Geburtenzahl geht somit nicht mit einem Qualitätsverlust einher.

1. **Modul:** 16.01 Geburtshilfe
2. **Zeitraum der Daten-Auswertung:** 2016
3. **Datum der klinikinternen Auswertung/ Besprechung:** noch nicht terminiert
4. **Datum der Ergebnispräsentation in der Hauskonferenz: ### und in der erweiterten PNDB: ###**
5. **Vergleich der eigenen Ergebnisse/ Qualitätsindikatoren mit den Ergebnissen der BQS und der LQS:**
siehe Anlage (Tabelle 1) (gesetzlich verpflichtender QB)
6. **Folgende Fragen sind zu beantworten:**
 - **6.1 Welche überdurchschnittlichen Ergebnisse gibt es? (pCC 6.4.2.3.01)**
 - Am Krankenhaus wurden im Jahr 2016 2154 Kinder geboren (+124 im Vgl. zu 2015), das sind 12,11 % aller Geburten des Landes Sachsen-Anhalt (17.782 Kinder). Das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara ist bereits über mehrere Jahre die Klinik mit der höchsten Geburtenzahl im Bundesland.
 - 16,53 % unserer Patientinnen sind ausländische Mitbürger (LQS 9,6 %)

- Neben einer hohen Anzahl von Geburten im Nichtrisikokollektiv wurden im Jahr 2016 zahlreiche Risiko- und Hochrisikoschwangere betreut und entbunden, unter anderem 37 Mehrlingsschwangere, 154 Patientinnen mit Hypertonie/Proteinurie (Gestose) (KH 7,3 % / LQS 3,26%), 255 Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen (isthmozervikale Insuffizienz bzw. vorzeitige Wehen) (KH 12,05% / LQS 5,69%), 47 Frühgeburten mit Kindsgewicht <1.500g (davon 28 Kinder < 1.250g), 216 Frauen mit manifestem Diabetes/Gestationsdiabetes (Vgl. 2014 n= 178) (KH 10,21 % / LQS 8,6 %).

Risikokollektivbildung

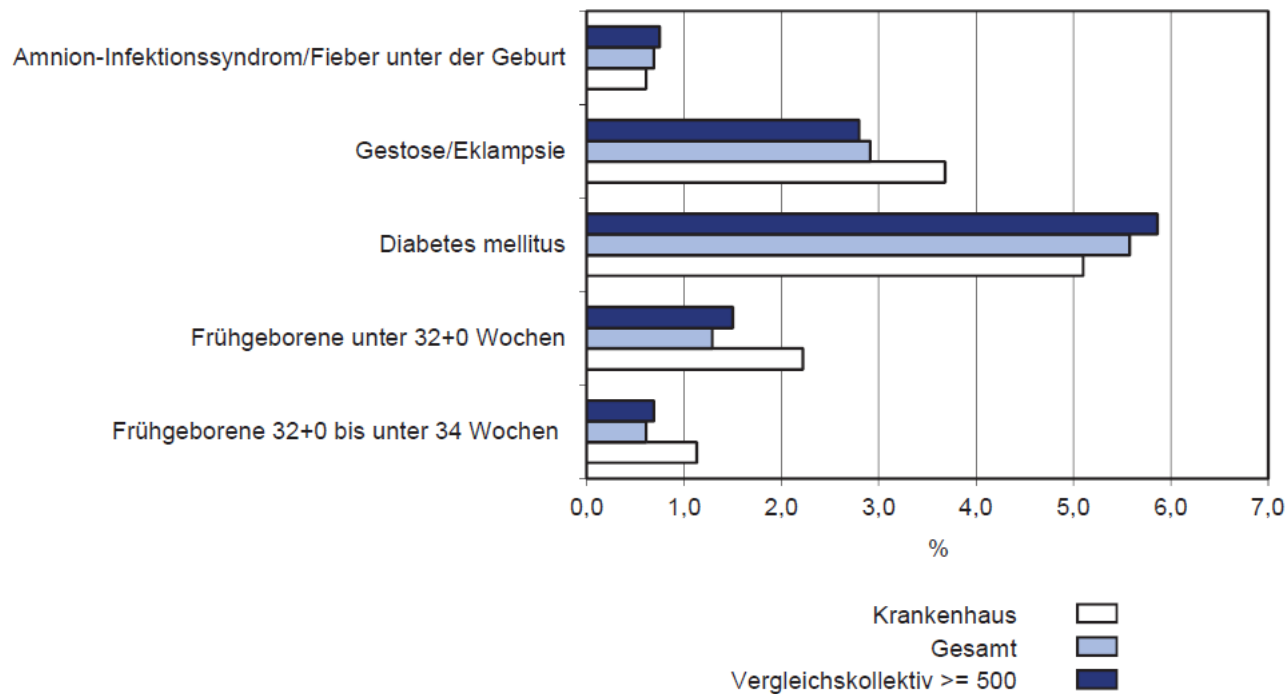


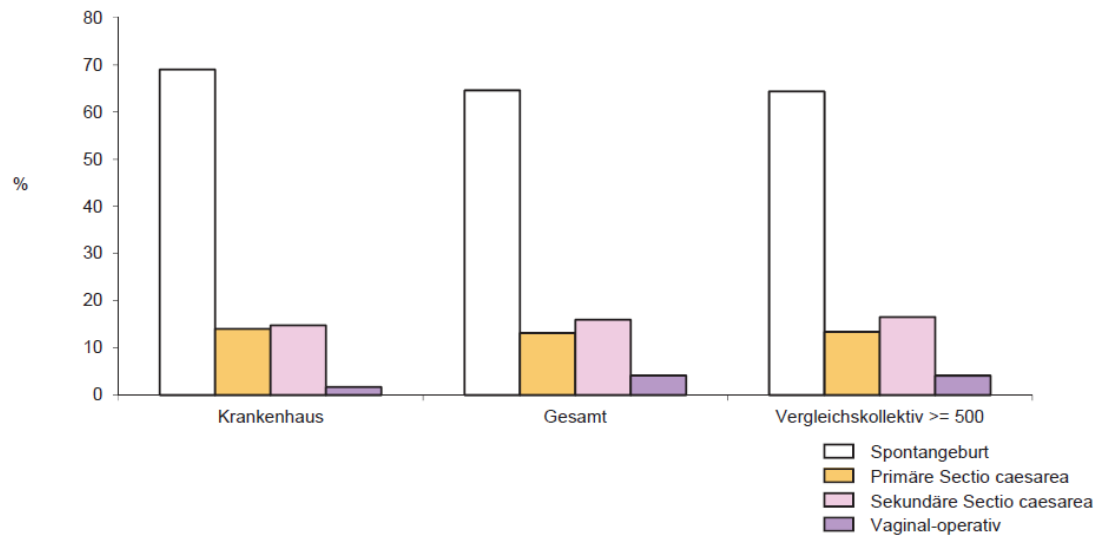
Abb. Risikokollektiv am KH im Vgl. zum Landesdurchschnitt

- Trotz des überdurchschnittlich hohen Anteils von Patientinnen mit Schwangerschafts- oder Geburtsrisiken ist die in der externen Qualitätssicherung dargestellte Prozess- und Ergebnisqualität unserer Geburtshilfe im Landesvergleich und Bundesvergleich im optimalen Bereich platziert. (siehe unten)

➤ **6.2 Welche Ergebnisse sind besonders hervorzuheben?** (pCC 6.4.2.3.01)

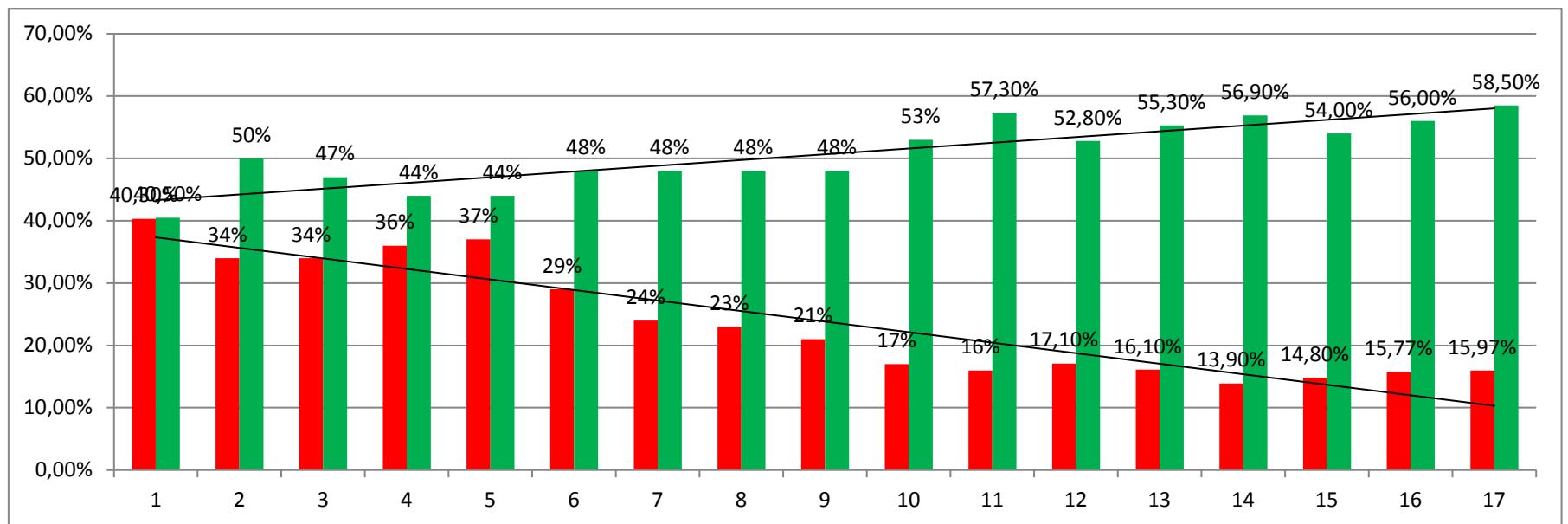
- o Alle Qualitätsindikatoren wurden, sofern ein Referenzbereich definiert ist, erfüllt. Im Vergleich mit den Kliniken auf Bundesebene können wir bei jedem definierten Qualitätsindikator auf überdurchschnittlich gute Qualitätskriterien verweisen.
- o Trotz des o.g. Risikokollektives ist die Rate von Spontangeburt, d.h. normalen vaginalen Entbindungen (> 1500g, Schädellage) mit 73,39 % vergleichsweise hoch (LQS 68,45 %, BQS 61,00%). Entgegen dem bundesweiten Trend ist die Anzahl von operativen Entbindungen nicht angestiegen.

Verteilung der Entbindungsmodi bei Kindern ≥ 1500 g



o

- Die Rate an Dammschnitten war seit 2005 stark rückläufig und ist tendenziell stabil um ca. 15% (im Vergleich der letzten drei Jahre) und im Vgl. zum Landes- und Bundesdurchschnitt um mehr als 50% niedriger (KH 2005: 29,4%; 2006: 23,8%; 2007: 23,7%; 2008: 21,2%; 2009: 16,9%; 2010: 16,0%; 2011: 17,5%; 2012: 16,0%; 2013: 13,8%; 2014: 14,6%; 2015: 15,77%; 2016: 15,97% (2016: LQS 24,87 % / BQS xxx%). (Trend stabil, 2017 vorab 14,8%)
Dabei ist die „Damm intakt-Rate“, d.h. vaginale Entbindung ohne jegliche Verletzung der Geburtswege mit 58,5 % überdurchschnittlich hoch. Dieses Ergebnis entspricht einer Zielstellung der internen Qualitätssicherung.
- Realistisch geringe Rate an schweren Dammläsionen (alle Geburten): (KH 1,52% / LQS 0,84% / BQS 1,37%) (Qualitätsindikator 8) trotz bzw. gerade in Folge der niedrigen Dammschnittrate. Anzumerken ist, dass die Ärztekammer Sachsen-Anhalt eine insgesamt im Bundesland auffällig niedrige Dammschnittrate hinterfragt und hierfür eine Unterklassifikation als möglich erachtet.



Episiotomierate Damm-Intakt-Rate

Tabelle: Trend Dammschnittrate und Dammintakt-Rate seit dem Jahr 2000

- Trotz der hohen Zahl an Spontangeburt und der geringen Dammschnitttrate war die Ergebnisqualität, gemessen am kindlichen Zustand nach Geburt im Landesvergleich und Bundesvergleich (reife Einlingsgeburten; Azidose NapH < 7,10 bei KH 1,12% / LQS 1,45% / BQS xxx%) im geforderten Qualitätsbereich. Eine schwere Azidose (Sauerstoffmangel) mit NapH < 7,0 war nur in einem Fall vorkommend (Qualitätsindikator 5; Azidoseindex bei Reifgeborenen), bei Frühgeburt in einem Fall (Qualitätsindikator 5c; Azidose bei frühgeborenen Einlingen). Die Klinik belegt seit mehreren Jahren in Folge entweder den Spitzenplatz bzw. einen der vorderen Plätze im Landesvergleich bzgl. einer besonders niedrigen Rate an schweren Sauerstoffmangelgeburten:
(siehe auch Grafiken im Anhang)
- Die perinatale Mortalität lag bei 2,79 ‰ (Promille) (n=6) (LQS 3,09 ‰; BQS xxx‰).
- Im Falle einer Kaiserschnittentbindung wurde diese nahezu ausschließlich (92,16%) in - von den Fachgesellschaften empfohlener und für Mutter und Kind in der Regel sicherer - Regionalanästhesie durchgeführt. Allgemeinanästhesien (sog. Vollnarkosen) erfolgten im Landesvergleich bei primären Sectiones bei 20,35% der Frauen, in unserem Haus bei nur 7,84%. Auch sekundäre Kaiserschnitte werden – sofern medizinisch möglich - in Regionalanästhesie (85,17%, inkl. Notfallsectiones) durchgeführt. Allgemeinanästhesien sind selten. (LQS 66,98%; BQS xxx%). Dieser gute Wert spricht für eine große Erfahrung des Anästhesieteams und für einen hohen Organisationsgrad.
- Die 3 häufigsten Haupt- oder Nebenindikationen für einen Kaiserschnitt sind in unserem Haus:
 - 27,23% Vorangegangener Kaiserschnitt (Tendenz steigend 2014: 20,40%; 2015: 22,14%)
 - 19,36% Pathologische Herzfrequenz des Kindes (Tendenz sinkend 2014: 25,14%; 2015: 25,54%)
 - 15,58% Beckenendlage (unverändert 2014: 13,62%; 2015: 15,48%)

➤ **6.3 Wo gibt es prägnante Abweichungen? (pCC 6.4.2.3.01)**

- Keine Abweichungen

➤ **6.4 Gibt es Auffälligkeiten** (pCC 6.4.2.3.02):

Zur Indikationsstellung?

- Höhere Rate an Geburtseinleitungen (Perinatalerhebung Punkt 5.4.4.
Rate an Geburtseinleitungen: 23,10% (LQS 21,47%; BQS xxx%); im Vergleich zum Vorjahr sinkend (2014: 23,25%; 2015: 26,35%)
Begründung: GEL bei PROM bereits nach 8 Stunden, Änderung des Managements auf GEL bei PROM nach 18 Stunden seit #####; GEL bei Tü 41+3
- Hohe Rate an Mikroblutuntersuchungen im Landes- und Bundesvergleich
MBU-Rate KH 17,22% (Perinatalerhebung Punkt 5.4.3: LQS 6,34%; BQS xxx%) Die lt. Leitlinie empfohlene Abklärung eines pathol. CTG (bei Einling) erfolgt in unserer Klinik bei individueller Machbarkeit nahezu immer, im Schnitt in 60,35 % dieser Fälle. Diese Rate fällt im Landes- und Bundesvergleich deutlich geringer aus (LQS 24,48%; BQS xxx%).
 - Die hohe MBU-Rate in unserer Klinik ist Grundlage für die geringere Frequenz sekundärer operativer Entbindungen und für die geringe Rate an relevanten fetalen Azidosen bei Geburt. Hinweis hierfür ist, dass vor Indikationsstellung einer sekundären Sectio aus einem pathol. CTG heraus, dieses pathol. CTG bei 47,24% aller Fälle durch eine MBU abgesichert wurde (LQS nur 17,45%, BQS xxx%). Diese leitlinienkonforme Vorgehensweise entspricht dem Wissen um die schlechte Spezifität des Kriteriums „pathologisches CTG“ hinsichtlich der Vorhersage einer fetalen Azidose.
 - Trotz der deutlich höheren Rate an Mikroblutuntersuchungen ist der Anteil nachgewiesener Azidosen (MBU-pH <7,20) mit 4,31% geringer als im Landes- und Bundesvergleich (LQS 5,68%, BQS xxx%). Hinzu kommen noch die MBUs mit nachgewiesenen Präazidosen (pH 7,20 - < 7,25), deren Anteil sich aus der Perinatalerhebung leider nicht erheben lässt. Die Positivrate von ca. 10% (9,12% ohne Präazidosen) der MBU bzgl. Azidose oder Präazidose unterstreicht die korrekte Indikationsstellung der MBU in unserer Klinik.

	Krankenhaus			Gesamt			Vergleichskollektiv >= 500		
	Anzahl	2016 %	2015 %	Anzahl	2016 %	2015 %	Anzahl	2016 %	2015 %
pH-Wert									
Alle Kinder	2.154	100,00	100,00	17.782	100,00	100,00	14.641	100,00	100,00
Mikroblutuntersuchung	371	17,22	19,41	1.127	6,34	6,94	1.102	7,53	8,16
pH-Wert unter 7,00	0	0,00	0,51	2	0,18	0,25	2	0,18	0,27
pH-Wert 7,00 bis unter 7,10	3	0,81	0,51	8	0,71	0,85	8	0,73	0,89
pH-Wert 7,10 bis unter 7,20	13	3,50	5,84	54	4,79	5,09	52	4,72	5,26
pH-Wert 7,20 und darüber	353	95,15	93,15	984	87,31	89,74	968	87,84	90,19
Ohne verwertbare Angabe	2	0,54	0,00	79	7,01	4,07	72	6,53	3,39
Einlinge mit pathologischem CTG ¹	565	26,23	27,88	3.575	20,10	20,59	3.095	21,14	21,40
Mikroblutuntersuchung	341	60,35	61,48	875	24,48	26,21	864	27,92	30,04
Einlinge mit pathologischem CTG ¹ und sekundärer Sectio caesarea	163	7,57	9,95	1.186	6,67	6,92	1.021	6,97	7,13
Mikroblutuntersuchung	77	47,24	50,99	207	17,45	18,72	205	20,08	21,04

Tabelle: Anzahl und Ergebnis von Mikroblutuntersuchungen im KH und Vgl. im Land Sachsen-Anhalt (2016)

Zu Komplikationsraten?

- o Wochenbettkomplikationen: Blutungen >1000 ml mit 2,74% höher als im Landes- und Bundesvergleich (LQS 1,19%, BQS xxx%), sinkend in Vgl. zum Vorjahr (2015: 2,87%, LQS 1,93%). Durch die frühzeitige Verwendung von Messbeutelssystemen ist die Erfassung des Blutverlustes in unserem Haus wahrscheinlich realistisch hoch.

Zu Reinterventionsraten?

- nein

- **6.5 Datenvergleich innerhalb des Modules bei der Betrachtung über die letzten 3 Jahre (pCC 6.4.2.3.03):**
 - siehe Anlage (Tabelle 2)

- **6.6 Welche Qualitätsdefizite gibt es (pCC 6.4.2.3.04)?**
 - keine

- **6.7 Welche Maßnahmen werden zur Identifizierung der Ursachen für diese Qualitätsdefizite durchgeführt(pCC 6.4.2.3.04)?**
 - entfällt

- **6.8 Inwiefern geben die Ergebnisse Hinweise auf sentinel events (pCC 6.4.2.3.05)?**
 - 1 Sentinel event im Erfassungsjahr 2016 (Azidose NapH < 7,0 auf 1875 Kinder)

- **6.9 Falls ja, wie werden diese analysiert (pCC 6.4.2.4.04)?**
 - entfällt

- **6.10 Welche Ergebnisse waren bei Abweichungen/ Auffälligkeiten Auslöser für Anfragen durch die LQS im Rahmen des strukturierten Dialoges?**
 - keine

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ²	Seite
2016/16n1-GEBH/850318 Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	1 / 24	1,00 Fälle	1,00 Fälle	= 0,00 Fälle	außerhalb	0,00 Fälle	52
2016/16n1-GEBH/850224 Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess	4 / 1.914	0,21%	0,95%	<= 3,68%	innerhalb	0,11%	54

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Tabelle: Übersicht Auffälligkeitskriterien

- **6.11 Waren diese Anfragen/ Ergebnisse eine Anregung und Unterstützung bei der Verbesserung der Qualität oder eine Hilfestellung bei der Problembeseitigung (pCC 6.4.2.4.02)?**
- entfällt
- **6.12 Falls ja, um welche konkreten Maßnahmen handelt es sich (pCC 6.4.2.4.02)?**
- entfällt
- **6.13 Nutzen Sie Ihre Ergebnisse für einen Vergleich (Benchmarking) mit Kliniken in unserem Bundesland oder aus anderen Bundesländern (pCC 6.4.2.3.07)**

Nein, jedoch ermöglicht die Auswertung der BQS eine Positionsbestimmung auf Landes- und Bundesebene im Sinne eines „anonymisierten Benchmarkings“). Anzustreben wäre ein Benchmarking mit Kliniken der gleichen Versorgungsstufe (Perinatalzentren Level I und II)
Die relativen Häufigkeiten und die graphische Darstellungen in den Histogrammen zu den Qualitätsindikatoren ermöglichen nur eine grobe Positionsbestimmung allgemein, jedoch nicht einen differenzierten Vergleich der Perinatalzentren auf Land und Bundeseben.

➤ **6.14 Falls ja, mit welchen Maßnahmen/ Methoden verifizieren und überprüfen Sie Auffälligkeiten (pCC 6.4.2.3.08)?**

- entfällt

➤ **6.15 Welche Verbesserungsmaßnahmen leiteten Sie ab (pCC 6.4.2.4.00)?**

○ **In der eigenen Klinik mit den beteiligten Mitarbeitern (pCC 6.4.2.4.01)?**

Da im Jahr 2016 alle Qualitätsindikatoren erfüllt sind und auch bei der Detailauswertung der erweiterten Ergebnisse der Perinatalerhebung keine Auffälligkeiten nachweisbar waren, sondern im Gegenteil im Landes- und Bundesvergleich die Ergebnisqualität als überdurchschnittlich gut angesehen werden können, ergeben sich keine unmittelbaren Verbesserungsmaßnahmen.

Darüber hinaus definiert das Perinatalzentrum jedoch jährliche Qualitätsziele, die einer steten Weiterentwicklung der Struktur, Organisations- und Ergebnisqualität beitragen und diese beschreiben sollen.

○ **Im gesamten KH mit Unterstützung der Krankenhausleitung (pCC 6.4.2.4.01)?**

Keine

➤ **6.16 Nutzen Sie die Ergebnisse für die Weiterentwicklung unseres internen QM-Systems (pCC 6.4.2.4.03)?**

○ Die Ergebnisse der Perinatalerhebung fließen in die jährliche Überarbeitung / Aktualisierung des Klinikmanuals Geburtshilfe ein, in dem organisatorische und geburtsmedizinische Standards klinikintern festgelegt sind.

○ Bei eventuellen relevanten negativen Abweichungen der Ergebnisse von der LQS oder BQS wird über eine strukturierte Ursachenanalyse (krankenhausinternes Fehlermanagement - im Aufbau) eine Korrektur der Behandlungsdefizite angestrebt.

Dr. med. S. Seeger

Chefarzt

Anlage:

- Tabelle 1
- Tabelle 2
- Unterschriftenliste

Anlage: Modul 16/01 Geburtshilfe

Tabelle 1



Qualitätsindikatoren	Ergebnis am KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle			Durchschnittswert alle Krankenhäuser Land Sachsen-Anhalt (LQS)	Durchschnittswert alle Krankenhäuser Bundesrepublik (BQS)	Referenzbereich 2016 (BQS-Land)
	Fälle	Rate				
QI 1: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. einem Kalendertag bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. zwei Kalendertagen	70/76	92,1%	✓	85,87%		nicht definiert
	52/54	96,3%	✓	95,96%		nicht definiert
	40/40	100%		99,48%	96,26%	≥95%
QI 2: Perioperative Antibiotikaprofylaxe bei Kaiserschnittentbindung	626/627	99,84%	✓	98,09%	98,72 %	≥90%
QI 3: Kaiserschnittgeburten bei Kindern > 24 SSW	622/2105	29,55%	✓	30,89%	31,21 %	Nicht definiert
erwartete Rate an Kaiserschnittgeburten, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für QI-ID 52249		-3,77%	✓	-0,98%	-0,42%	
Verhältnis beobachtete / erwartete Rate (O/E-Ratio)		0,89	✓	0,97	0,99	≤1,27
QI 4: EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt >20min	0/36	0 %	✓	0% (0/215)	0,32% (32 / 9930)	sentinel event

QI 5: Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung (37-42 SSW) pH <7,0 pH <7,1 siehe auch Grafik am Ende der Präsentation O/E Ratio für NapH <7,0 bei Reifgeburt (beobachtet / vorhergesagt Ratio)	1/1.878	0,05%	✓	0,21%	0,21%	nicht definiert
	21/1.878	1,12%	✓	1,45%		nicht definiert
		0,26	✓	1,0	1,01	nicht definiert
Azidose bei Frühgeburt, lebend 24/0-37/0 SW mit Nabelarterien-pH-Bestimmung pH <7,0 pH <7,1 O/E Ratio für NapH <7,0 bei Frühgeburt	1/184	0,54%	✓	0,41%	0,67	nicht definiert
	2/184	1,09%	✓	1,07%		
		0,55	✓	0,58	1,01	≤ 5,02
QI 6: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	100/101	99,01%	✓	97,35%	96,06%	≥90%
QI 7: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen 5-Minuten-Apgar <5 und NapH <7,0 oder 5-Minuten-Apgar <5 und BE < -16	0/1.910	0%	✓	6/15.908 (0,04%)	734 /758.614 (0,1%)	≤ 2,19 (T; 95. Perzentil)
QI 8: Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten O/E Ratio für DR III°/IV° bei spontanen Einlingen bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie	22/1.451	1,52%	✓	0,84%	0,99%	
		1,06	✓	0,62	0,99	≤ 2,09
	16/1.242	1,29%	✓	0,70%	##	
	6/209	2,87%	✓	1,35%	##%	
QI 9: Mütterliche Todesfälle	0/2.117	n=0	✓	0 / 17.478	xxx / xxx	sentinel event

Legenden zur Tabelle:

Spalte 3:

 Qualitätsindikator im Referenzbereich

 Qualitätsindikator im Referenzbereich aber noch im Vertrauensbereich
 Qualitätsindikator nicht im Referenzbereich und auch nicht im Vertrauensbereich

Qualitätsindikatoren	Ergebnis am KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle													
	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	Referenzbereich 2014
QI 1: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. einem Kalendertag bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. zwei Kalendertagen	92,1%	81,76%	87,9%	89,3%	81,3%	87,2%	96,3%	93,0%	82,9%	94,4%	85,0%	84,4%	79,3%	nicht definiert
	96,3%	90,91%	95,6%	99,7%	90,7%	96,8%	100%	97,7%	90,0%	96,6%	96,0%	100,0 %	94,4%	nicht definiert
	100%	93,94%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100,0 %	95,7%	95,0%	100,0 %	93,7%
QI: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	Ab 2016 wird QI nicht weiter geführt	95,00%	100%	92,0%	90,0%	92,9%	11,4%	Neuer Qualitätsindikator; Referenzwert erst ab 2011 definiert						≥90%
QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnitt	99,84%	100%	99,8%	99,6%	99,3%	100%	99,4%	Neuer Qualitätsindikator						nicht definiert
QI 3: Kaiserschnitt bei Kinder > 24 SSW	29,55%	30,66%	27,6%	Neuer Qualitätsindikator seit Erfassungsjahr 2014										Nicht definiert
QI 4: EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8%	neuer QI	sentinel event

Tabelle 2 Verteilung der Krankenhausergebnisse für relevante Qualitätsindikatoren

Fortsetzung	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	Referenzbereich 2014
Bestimmung Nabelarterien pH-Wert	Siehe Notiz	99,90%	99,5%	99,9%	99,7%	99,8%	99,8%	99,7%	99,1%	99,4%	99,1%	99,8%	99,0%	≥95%
QI 5: Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung pH <7,0	0,05%	0,11%	0,17%	0	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%	0,1%	0,3%	≤0,3%
pH <7,1	1,12%	1,13%	0,87%	1,5%	1,5%	1,1%	1,1%	1,3%	1,8%	1,8%	1,5%	1,3%	1,4%	nicht definiert
O/E Ratio für NapH < 7,0 (beobachtet / vorhergesagt Ratio) - bei Reifgeburt	0,26	0,54	0,96	0	0,68	Neuer Qualitätsindikator							≤1,70	
- bei Frühgeburt	0,55	0,65%	0	0	Neuer Qualitätsindikator							≤5,13		
QI 6: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	99,01%	97,98%	98,0%	100%	99,0%	98,6%	98,9%	100,0%	96,2%	98,3%	96,7%	98,0%	96,2%	≥90%
QI 7: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen 5-Minuten-Apgar <5 und NapH <7,0 oder 5-Minuten-Apgar <5 und BE < -16	0/1.910	0/1.804	0/1.770	0/1643	1/1.567	0,0%	0,06%	0,0%	0,07%	0,0%	0,1%	0,0%	neuer QI	sentinel event
QI 8: Dammriss Grad III oder IV spontan Einling	1,52%	1,12%	0,94%	0,9%	0,8%	0,5%	1,2%	1,0%	0,8%	1,0%	1,1%	0,7%	0,5%	≤3,0%
spontan Einling ohne Episiotomie	1,29%	0,96%	0,84%	1,0%	0,7%	0,4%	0,7%	1,1%	0,7%	0,7%	0,9%	0,8%	0,2%	nicht definiert
spontan Einling mit Episiotomie	2,87%	2,02%	1,6%	0,6%	1,0%	1,0%	3,9%	1,0%	1,3%	2,2%	1,8%	0,4%	1,2%	nicht definiert
QI 9: Mütterliche Todesfälle	0	0	0	0	0	0	0	0	1 Fall	0	0	0	1 Fall	sentinel event

Anlage: Grafische Darstellung des Erreichungsgrades der Qualitätsindikatoren im Landesvergleich (Benchmark)

Erläuterung zum Lesen dieser Benchmarkdiagramme:

QSINDIREKT Sachsen-Anhalt
Jahresauswertung 2012
KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle

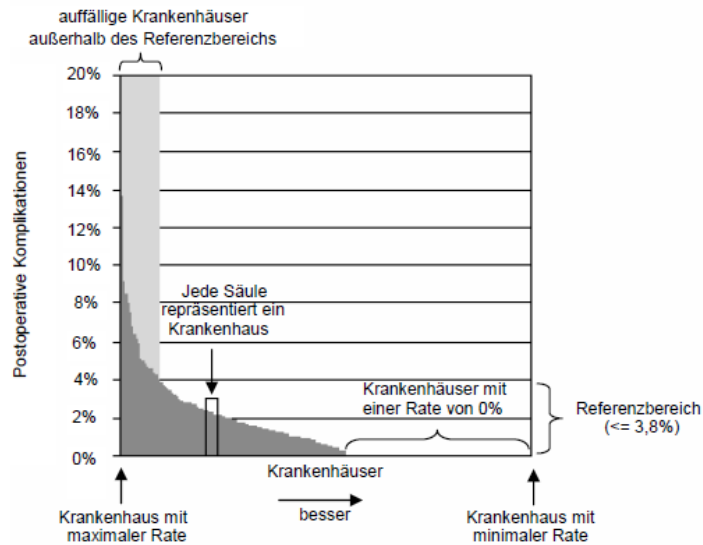
Leseanleitung

1.5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



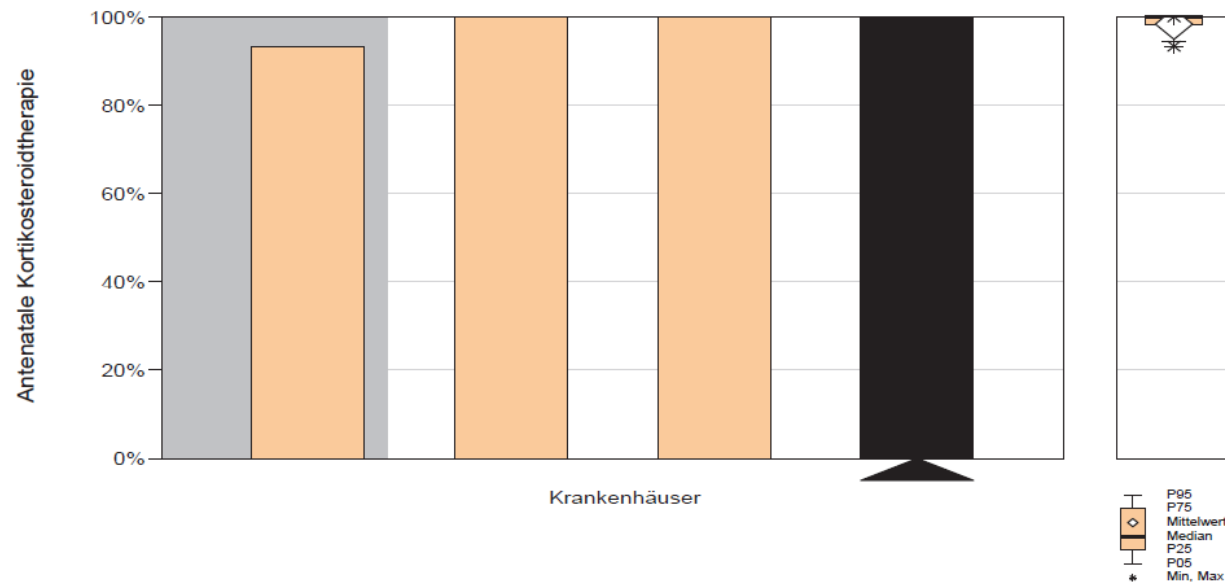
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2016/16n1-GEBH/330]:

Anteil von Geburten mit antenataler Kortikosteroidtherapie an Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 93,33% - 100,00%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,00%



Grafik zu Q1 1:

Kommentar: Die Grafik zeigt, dass im Landesvergleich an 4 Krankenhäuser (mit mehr als 10 Fällen) - darunter das KH St. Elisabeth und St. Barbara - 100 % der Frauen mit Frühgeburt vor der 34. v. Schwangerschaftswoche eine für das Kind vorteilhafte medikamentöse Behandlung erhielten.

Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung¹

Grundgesamtheit: Alle Geburten mit vorzeitigem Blasensprung in Schwangerschaftswoche 24+0 bis 33+6 und stationärer Aufnahme vor oder am Tag des vorzeitigen Blasensprungs unter Ausschluss von Totgeburten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Antibiotikagabe innerhalb der ersten 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung	22 / 22	100,00%	87 / 108	80,56%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Antibiotikagabe innerhalb der ersten 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung	19 / 20	95,00%	81 / 107	75,70%

¹ in 2015 Indikator-ID 2015/16n1-GEBH/50046

Tab.: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung

Kommentar: Die Tabelle zeigt, dass in unserer Klinik zu 100% eine leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei vorzeitigem Blasensprung erfolgte.

[Hinweis aus Qualitätsreport 2016: Für die Indikatoren „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046) und „Mütter und Kinder, die zusammen nach Hause entlassen wurden“ (QI-ID 52244) besteht nach ausführlicher Sichtung der Literatur derzeit keine wissenschaftliche Evidenz. Die Indikatoren werden daher nicht weitergeführt.]

Qualitätsindikator 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten

Qualitätsziel: Wenig Kaiserschnittgeburten
Grundgesamtheit: Alle Mütter, die eine Geburt mindestens eines Kindes (24+0 bis unter 42+0 Wochen) hatten
Indikator-ID: 2016/16n1-GEBH/52249
Referenzbereich: <= 1,27 (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
Kaiserschnittgeburten		
beobachtet (O)	622 / 2.105 29,55%	5.376 / 17.401 30,89%
vorhergesagt (E) ¹	701,45 / 2.105 33,32%	5.547,23 / 17.401 31,88%
O - E	-3,77%	-0,98%

¹ erwartete Rate an Kaiserschnittgeburten, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für QI-ID 52249

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
Kaiserschnittgeburten		
O / E ²	0,89	0,97
Vertrauensbereich	0,83 - 0,95	0,95 - 0,99
Referenzbereich	<= 1,27	<= 1,27

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Kaiserschnittgeburt zu den erwarteten Fällen mit Kaiserschnittgeburt
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Kaiserschnittgeburt kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Kaiserschnittgeburt ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Kaiserschnittgeburt ist 10% kleiner als erwartet.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Ergebnisse: 0,44 - 1,38
 Median der Ergebnisse: 0,99

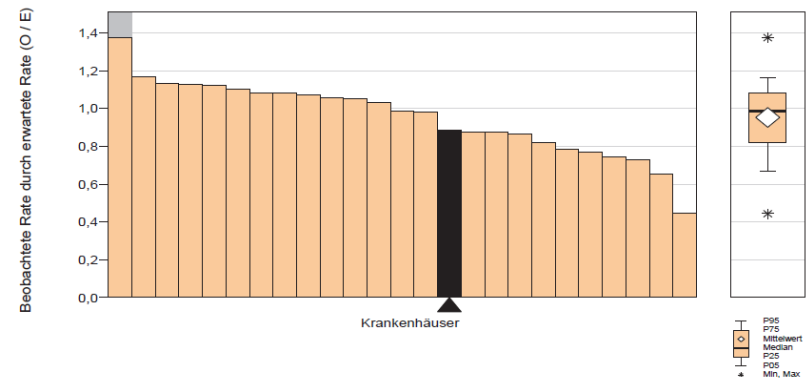


Tabelle zu QI 3: Kaiserschnitttrate

Aussage der Grafiken: D.h. Es werden weniger Kaiserschnitte (29,55% gemacht als für das Risikokollektiv erwartet (31,89%). Damit nimmt die Klinik einen der vorderen Plätze im Land ein.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2016/16n1-GEBH/321]:
 Anteil von Einlingen mit Azidose (pH < 7,00) an allen reifen lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,00% - 1,31%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,13%

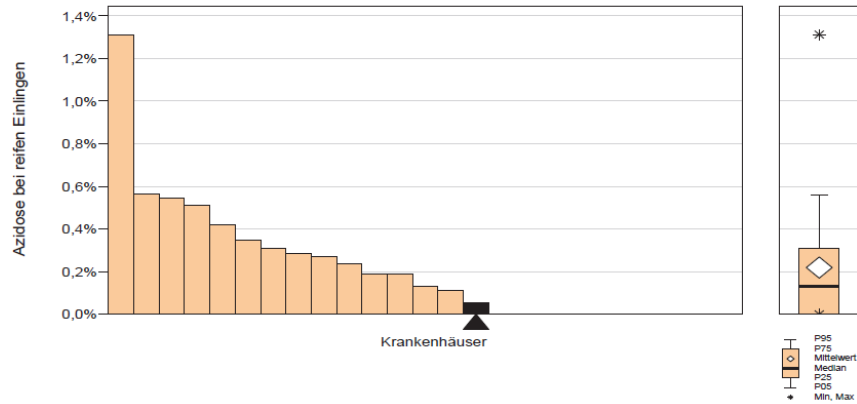


Abb. Azidose bei Reifgeburt im Landesvergleich
 (Verhältnis eingetretener Fälle / erwarteten Fällen),

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2016/16n1-GEBH/51831]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen (pH < 7,00) bei frühgeborenen Einlingen (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Ergebnisse: 0,00 - 7,72
 Median der Ergebnisse: 0,00

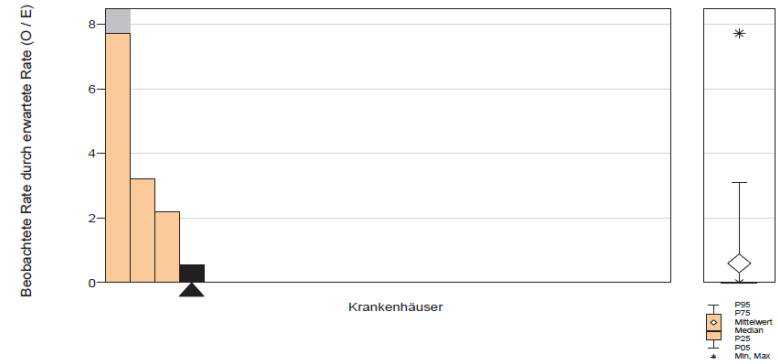


Abb: Azidose mit NapH <7,0 bei Frühgeburt; Landesverteilung

Kommentar zu den Grafiken zu Q1 5:

Die beiden Grafik zeigen, dass im Landesvergleich am KH St. Elisabeth und St. Barbara die Rate an schweren Sauerstoffmangelgeburten bei reifgeborenen und auch frühgeborenen (Einlings-) Kindern ausgesprochen niedrig war.